**LEKÁRSKY POSUDOK   
o zdravotnej spôsobilosti na prácu**

**Údaje o zamestnávateľovi:**

1. ak ide o právnickú osobu\*)   
   Obchodné meno a právna forma: ................................................................................................  
   Sídlo: ............................................................................................................................................
2. ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa\*)   
   Meno a priezvisko: .......................................................................................................................  
   Miesto podnikania: .......................................................................................................................

**Údaje o zamestnancovi:**

Meno a priezvisko: ....................................................................................................................................  
Dátum narodenia: .....................................................................................................................................  
Bydlisko: ...................................................................................................................................................  
Osobné číslo: \*) .........................................................................................................................................  
Pracovisko: ...............................................................................................................................................  
Profesia – pracovné zaradenie – posudzovaná práca: .............................................................................  
Faktory práce a pracovného prostredia: ...................................................................................................  
Kategória práce1) pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia: .................................................  
Práca podľa osobitných predpisov: \*) ........................................................................................................

**Záver:**

* Spôsobilý na výkon posudzovanej práce\*)
* Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením\*) .......................................................................................................................................................   
  (uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať, a časové obmedzenie)
* Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s trvalým obmedzením\*) ........................................................................................................................................................   
  (uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať)
* Dočasne nespôsobilý na výkon posudzovanej práce\*) ........................................................................................................................................................ (uviesť časové obmedzenie)
* Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce\*)

..................................................................................   
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára   
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku preventívnu   
prehliadku vo vzťahu k práci

Dátum:

\*) Nehodiace sa prečiarknite.

1) § 31 ods. 1 až 5 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.